

## Formulario de reclamos para informes de fraude en la venta de seguros de salud

### Información detallada de reclamos:

1) Qué le ofreció la compañía:

---

---

2) Recibió lo que se le ofreció:  Sí  No

3) Cree que la compañía realizó declaraciones equivocadas:  Sí  No

4) Qué declaraciones cree que fueron equivocadas:

---

---

5) Realizó algún pago a la compañía:  Sí  No

De ser así, cuánto pagó: \_\_\_\_\_

Qué método de pago empleó: \_\_\_\_\_

6) Cuándo la compañía lo contactó por primera vez (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

7) Cuál fue su respuesta inicial:

---

---

8) De qué manera se lo contactó:

- Por teléfono
- Correo electrónico
- En su hogar

- En el consultorio del médico, la farmacia o el hospital
- Publicidad – Describa el contenido y la ubicación
- Otro - Explicar

---

---

9) Firmó algún documento de la compañía:  Sí  No

10) Suministró a la compañía alguna información de índole personal o financiera:  Sí  No

11) Enumere cualquier otro organismo o entidad que haya contactado para obtener ayuda:

---

---

12) Qué desea, necesita o espera para poder resolver su reclamo:

---

---

---

## Información adicional

**Añada cualquier información adicional que sea importante con respecto a su experiencia, incluida información acerca de la compañía, qué se le ofreció y si recibió lo ofrecido.**

---

---

---

---

---

---

## Información del consumidor

**Suministre su información de contacto para que podamos contactarlo y obtener más información acerca de su reclamo, en caso de ser necesario.**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección de correo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto durante el día \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto en horario vespertino \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

## Información sobre la compañía

**Informe cualquier información que tenga sobre la compañía.**

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Dirección de correo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Sitio Web \_\_\_\_\_

Nombre del representante de la compañía \_\_\_\_\_

Título o puesto del representante de la compañía \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Cómo describió el representante su afiliación (por ejemplo, Plan, Covered California, Programa del Gobierno, etc.): \_\_\_\_\_

---

13) Posee algún documento de la compañía:  Sí  No

En caso de tener algún documento relevante para su caso que le gustaría suministrarnos, incluya una copia de este último con su envío.

Solicito al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC, por sus siglas en inglés) que me brinde asistencia con mi reclamo. Comprendo que el DMHC protegerá mi información personal. Si mi reclamo entra en la jurisdicción del DMHC, el DMHC puede investigarlo aún más y contactarme. En caso de ser apropiado, el DMHC puede derivar mi reclamo a Covered California, el Departamento de seguros, u otro organismo para una mayor revisión.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Instrucciones:**

#### **Para enviar un formulario de reclamos para informes de fraude por correo o fax:**

1. Complete y firme el formulario. Si necesita espacio adicional para completar su respuesta, adjunte una página por separado.
2. Adjunte copias de cartas u otros documentos que considere relevantes para su reclamo. Envíe copias de los documentos, no los originales. El Centro de Ayuda no puede devolver ningún documento.
3. Envíe por fax o por correo el formulario y copias de cualquier documento de respaldo a:

#### **Help Center**

Department of Managed Health Care  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725

FAX: 916-255-5241

Si tiene preguntas acerca del formulario de asistencia por reclamos, llame a la línea gratuita del Centro de Ayuda al 1-888-466-2219 o (TDD) 1-877-688-9891.